

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles RICHARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Montoire-sur-le-Loir (Loir-et-Cher), le 1^{er} Mai 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SYMPTOMES ABDOMINAUX
DE LA MIGRAINE

Président : ROBERT DEBRÉ, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles RICHARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Montoire-sur-le-Loir (Loir-et-Cher), le 1^{er} Mai 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SYMPTOMES ABDOMINAUX

DE LA MIGRAINE

Président : ROBERT DEBRÉ, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELIER Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ..... Chimie biologique.
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale
VELTER..... Ophthalmologie
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		LELORIER	
BRULE.....		LÉVY-SOLAL ...	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE.....			
SCHAWRTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR RICHARD

*Qui m'a fait aimer et admirer
la vie du médecin de campagne.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

*L'instigateur de ce travail. En
remerciement de ses captivantes
leçons cliniques et des conseils
bienveillants qu'il m'a prodigués.*

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES DE TOURS

1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR BOSCH.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

1929. MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANCON

1930. MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFFOLIAU

Externat

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY.

1932. MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON.

1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRÉ.

1933. MONSIEUR LE DOCTEUR GUTMANN.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Dès l'antiquité, la migraine fut nettement individualisée parmi les céphalalgies.

ARÉTÉE la distinguait par son intermittence et son siège périoculaire. Sa pathogénie a toujours paru obscure et les causes les plus diverses ont été invoquées, pour expliquer les crises migraineuses, depuis les temps reculés où l'on extrayait les pierres de tête.

Aujourd'hui, la connaissance plus approfondie du système sympathique et de ses relations avec le milieu humoral peut donner un lien logique aux diverses manifestations de la migraine, sans apporter toutefois une explication bien précise.

D'autre part, le nombre considérable des traitements actuellement proposés est la preuve de leur précarité. Le grand effort qui a été fait ces dernières années pour élucider la pathogénie des migraines a suggéré des traitements étiologiques parfois heureux, mais dont aucun ne paraît décisif.

Il nous a donc paru intéressant d'apporter notre concours à l'étude d'une question si vaste par ses

relations certaines avec le milieu humoral, et toujours d'actualité par sa fréquence et le nombre des échecs thérapeutiques.

Nous ne voulons pas envisager la question dans son ensemble. Cet exposé serait trop vaste et de très belles mises au point ont été faites à des dates encore récentes : par SICARD (article migraine du traité SERGENT). Par M^{me} WEISSMANN-NETTER, dans sa thèse inaugurale de 1924, et par le professeur VIGO CHRISTIANSEN, dans son rapport sur la migraine, à la société de Neurologie en 1925 (*Revue de neurologie*, 1925, p. 855).

Dans notre travail, nous nous sommes surtout attachés à la clinique et au diagnostic des manifestations abdominales de la migraine. Depuis longtemps, ces manifestations ont attiré l'attention des auteurs. Au xvi^e siècle, FRÉNEL défend l'origine gastro-intestinale de la migraine. Plus tard, il est suivi par Van SWIETEN, HALLER et TISSOT. Mais nous pensons que ces auteurs ne pouvaient pas accorder aux manifestations abdominales, leur place véritable dans le tableau général de la migraine.

Trop souvent les douleurs abdominales existant chez un migraineux, au cours de sa crise, ont été détachées du syndrome migraineux.

Nous voulons d'abord tracer ici le tableau de ces manifestations abdominales accompagnant fréquemment la migraine banale.

Les vomissements tout d'abord qui sont presque constants dans l'accès typique. La douleur abdomi-

nale ensuite, moins souvent rencontrée, mais dont on omet souvent de rechercher l'existence.

Ensuite, nous considérerons les cas plus rares, mais combien intéressants, où la douleur abdominale accompagnée de vomissements, domine le tableau clinique. A l'appui de ces faits, nous apporterons les observations que nous devons en grande partie à l'obligeance de M. le Professeur DEBRÉ.

Ces faits nous conduiront naturellement à étudier les problèmes de diagnostic soulevés par ces formes particulières de la migraine, notamment avec la crise d'appendicite et avec les vomissements cycliques de l'enfance.

Quant à la pathogénie, sans vouloir trancher entre les différentes hypothèses qui s'affrontent sur le terrain de la migraine, et sans vouloir en apporter de nouvelles ; devant ces cas d'algies migraineuses basses, nous rapprocherons ces faits des vomissements cycliques de l'enfance.

Au seuil de ce travail, notre reconnaissance profonde va spontanément vers M. le Professeur DEBRÉ, l'instigateur de cette thèse, à qui nous devons, en plus des belles observations qu'il nous a communiquées, nos plus beaux souvenirs de clinique médicale.

Nous remercions aussi ceux de ses collaborateurs qui nous ont aidés dans ce travail, M. le Dr Robert BROCCA, son assistant et M. le Dr H. PERRAULT, son interne.

LA MIGRAINE

Nous ne voulons pas aborder l'étude de cas particuliers de migraine sans retracer le tableau général de la crise migraineuse dont l'aspect et surtout l'évolution restent à la base de tout diagnostic.

L'étude clinique en est bien faite dans les traités classiques et des tableaux pittoresques en ont été brossés par des migraineux célèbres tels que Montaigne, Vigny et Maupassant.

Nous nous bornerons donc ici à rappeler schématiquement les grands traits de la crise migraineuse et ses étapes dans sa forme banale. Nous nous attacherons davantage à l'évolution générale de la migraine au cours de l'existence du sujet qui en est atteint.

Deux éléments dominant le tableau de la migraine : la céphalée et l'état nauséux et vertigineux aboutissant ou non au vomissement. L'évolution est caractérisée par le début et l'arrêt brusques.

La crise est cependant précédée par des signes annonciateurs tels que l'inaptitude au travail, le changement du caractère — des bâillements et des éructations, un certain état nauséux avec légère

obnubilation intellectuelle. Dans d'autres cas, ce sont des perversions sensorielles, gustatives, olfactives ou visuelles qui annoncent la crise. Enfin, c'est parfois l'entourage du malade qui remarque une pâleur subite du visage ou au contraire une rougeur diffuse. Mais il n'en reste pas moins que la céphalée débute rapidement.

La céphalée est typiquement hémicranienne. Elle siège le plus souvent dans l'étage antérieur du crâne. Elle est différemment décrite par les migraineux : lancinante pour les uns, à type de broyement pour d'autres. Elle est toujours accompagnée de photophobie et souvent de diplopie. En outre, le malade est obnubilé et incapable de travailler.

L'état nauséux et vertigineux est parfois comparé au mal de mer. Il provoque des efforts qui aboutissent ou non au vomissement. Quand ceux-ci surviennent, ils soulagent parfois l'état de vertige et la céphalée. D'ailleurs pour certains, ils annoncent la fin de la crise, mais ce n'est pas la règle. Le plus souvent ces vomissements sont caractérisés par un état nauséux prémonitoire et des efforts expulsifs intenses.

Nous nous arrêterons peu aux signes accessoires variables pour chaque sujet. Pâleur ou rougeur de la face avec ralentissement ou accélération du pouls. Ces signes ont permis de distinguer des migraines sympathotoniques et des migraines sympathicoparalytiques. Dans certains cas, on note de la pollakyurie et des érections pendant la crise. De l'hypersecrétion nasale avec larmolements qui souvent annoncent la

fin de la crise. Ce qui est le plus remarquable de tous ces signes accessoires, c'est la constance avec laquelle ils se reproduisent chez un même migraineux.

La crise se termine en général brusquement et est suivie d'un état de bien aise prononcé, de véritable euphorie. A l'oligurie qui est la règle pendant la crise, fait suite une polyurie claire. Parfois, le malade s'endort ; dans d'autres cas, il ne se sent tout à fait bien qu'après avoir mangé. Le plus souvent, il reprend ses occupations et jusqu'à la prochaine crise il restera en parfaite santé.

La crise aura duré de quelques heures à un ou deux jours, le plus souvent une douzaine d'heures. La durée de l'intervalle entre les crises est variable selon les sujets. Pour certains il est régulier, notamment dans la migraine cataméniale, souvent il est variable. Un peu schématiquement on peut dire que l'intervalle des crises est libre de tout symptôme morbide. Cependant on remarquera chez les migraineux, un tempérament cyclothymique se traduisant par des alternatives d'excitation euphorique avec tendance expansive et de mélancolie avec activité diminuée et tendance au refoulement.

Si l'on connaît bien l'évolution de l'accès migraineux, en général on néglige trop d'étudier l'évolution de la migraine elle-même au cours de l'existence, et les modifications des crises qui vont jusqu'à disparaître progressivement. LASSÈGUE l'avait cependant bien remarqué et il dit : « La migraine comme l'asthme se transforme en vieillissant ». Il reste vrai

que chez un malade, deux crises rapprochées se ressemblent. Mais, bien souvent, il n'en est pas de même si l'on considère deux crises séparées par des années d'existence. Il arrive même que la crise migraineuse peut se modifier plus rapidement, notamment à la puberté et à la ménopause.

S'il est fréquent de voir les crises migraineuses durer depuis la première enfance pendant toute la vie du malade, il n'est pas rare non plus de voir les crises s'atténuer soit après la puberté, soit après la ménopause, ou vers un âge indéterminé chez les hommes. Et il est rare que des crises typiques d'intensité moyenne s'arrêtent brusquement. Le plus souvent, elles vont en s'atténuant progressivement. Dans ces formes dégradées de la migraine, il est rare que céphalée et vomissements disparaissent parallèlement. Dans certains cas, les plus fréquents, c'est l'état nauséux et les vomissements qui disparaissent les premiers laissant la céphalée seule ou accompagnée de son cortège d'hyperesthésies sensorielles.

Parfois, le seul caractère migraineux d'une telle céphalée est sa périodicité. Mais dans d'autres cas, c'est la céphalée qui disparaît la première, laissant isolé l'état nauséux avec vomissements. Et ces changements d'aspect de la crise migraineuse sont parfois si rapides que le malade lui-même ne reconnaît plus sa crise. Il s'inquiète de ces troubles qu'il croit nouveaux et si l'on n'y prend garde, il égarera le diagnostic en n'évoquant pas ses crises antérieures de migraine.

Comme nous le disions plus haut, c'est surtout à la puberté et à la ménopause que la crise migraineuse se modifie. Mais toutes les éventualités sont possibles. Tantôt c'est une migraine de l'enfance qui tendra à disparaître à la puberté. Tantôt la migraine fait son apparition à la période prépubertaire. A la ménopause réapparaîtra une migraine qui avait disparu à la puberté. Ou, au contraire, la ménopause marquera la disparition de crises datant de l'enfance ou de l'adolescence. Des modifications sont d'ailleurs possibles entre ces âges particuliers.

Nous avons attiré l'attention sur ces modifications de la crise chez un migraineux ; parce que c'est, le plus souvent, au cours de ces phases d'évolution de la crise, que nous avons eu à observer l'apparition de symptômes abdominaux particuliers.

Mais avant d'aborder l'étude de ces formes spéciales dans le cadre de la migraine vraie, ou migraine idiopathique, il importe d'éliminer de ce cadre les manifestations classées sous le nom de migraines secondaires ou symptomatiques. Ces manifestations doivent être rayées du cadre de la migraine essentielle pour des raisons de pathogénie et de diagnostic.

En effet, au point de vue pathogénique, tout le monde admet la migraine est une des manifestations paroxystiques d'un terrain spécial dit arthritique.

Encore que ce cadre soit bien vague et caché mal les obscurités de la question, c'est lui qui confère pour une grande part à la migraine son unité.

Si certaines migraines peuvent être favorisées par

des causes provocantes locales telles que troubles oculaires ou les affections nasales et sinusales. La suppression de cette irritation locale amène un ralentissement, mais non un arrêt des crises. Il semble donc que dans ces cas, la migraine doive, malgré les apparences, être considérée comme une affection autonome. Quant à l'existence de migraines par malformations crâniennes congénitales, aucune observation n'est décisive ni même solidement étayée dans ce sens. Il en va autrement des migraines provoquées par le développement d'une néoplasie intracranienne. Il existerait donc des migraines secondaires à une lésion organique définie. Mais n'est-on pas en droit de se demander s'il ne s'agit pas plutôt dans ces cas d'un syndrome pseudo-migraineux qu'il importe de différencier de la migraine vraie.

C'est sous ce jour que nous sont apparus deux malades observés dans le service du Professeur DEBRÉ, ayant suscité de grandes difficultés de diagnostic.

En effet, en étudiant les observations de ces trois cas, on s'aperçoit que même en faisant abstraction des signes organiques apparus souvent secondairement, les caractères de la céphalée et son évolution doivent ranger ces manifestations hors du cadre de la migraine.

L'observation N° 1 a entraîné le diagnostic de migraine par la périodicité de la céphalée. Mais au cours de la crise qui dure 2 à 3 jours, la céphalée est presque uniquement matinale, disparaissant au cours de la journée. Or, un des caractères de la crise migraineuse

est d'être dans la règle continue avec bien souvent un maximum des troubles à la fin de la crise.

D'autre part, les vomissements sont faciles, surviennent sans effort et entre eux on ne note pas d'état nauséux, ce qui n'est pas non plus dans le tableau de la migraine vraie.

Enfin, l'absence d'antécédents familiaux et personnels — la date récente d'apparition des crises, sont d'autres raisons qui doivent faire ranger ces manifestations pseudo-migraineuses en dehors du cadre de la migraine.

Dans l'observation N° 2, d'autres caractères cliniques ont fait mettre d'emblée quelques réserves au diagnostic de migraine qui a cependant été posé dans le service du professeur DEBRÉ.

C'est la périodicité des troubles qui oriente vers le diagnostic de migraines, les vomissements survenant tous les 2 à 3 jours. Mais là encore la céphalée n'est pas continue et atteint son paroxysme après chaque vomissement ce qui est contraire à la règle. Ces vomissements sont faciles. Il n'y a pas d'antécédents migraineux familiaux et personnels. Le début des crises remonte à 2 mois 1/2. D'ailleurs, dans ce cas, quelque signes organiques précoces ont permis d'éliminer le diagnostic de migraine.

Donc, au seul point de vue clinique, ces manifestations pseudo-migraineuses se différencient de la migraine. Délimitation qui s'impose aussi au point de vue pathogénique, la migraine dépendant essentiellement de l'instabilité du terrain humoral, les mani-

festations pseudo-migraineuses de tumeur cérébrale ayant un point de départ strictement encéphalique.

Mais la difficulté du diagnostic n'en est cependant pas moins grande comme le montrent ces observations. Elle tient à différentes causes.

Avant tout à la multiplicité des aspects de la crise chez différents migraineux. Si le diagnostic s'impose dans les formes typiques, il n'en est pas de même dans les formes dégradées si fréquemment rencontrées. D'une part, le siège de la douleur est des plus variable et parfois bilatéral. Cette céphalée peut s'accompagner de troubles sensoriels subjectifs multiples pouvant faire croire à des lésions nerveuses organiques. D'autre part, l'évolution de la migraine dans la règle si caractéristique est souvent modifiée, et chaque malade fait sa crise à sa façon. L'erreur est d'autant plus facile qu'on se trouve en présence de troubles en majeure partie subjectifs et qu'on est à la merci des dires du malade. L'interprétation des troubles subjectifs est encore plus délicate chez les enfants. C'est pourquoi, malgré les doutes possibles, il est le plus souvent impossible d'éliminer le diagnostic de migraine en présence d'un syndrome pseudo-migraineux de tumeur cérébrale ou de méningite tuberculeuse tant que ne sont pas apparus quelques signes de lésions organiques. Il ne faudra pas hésiter à répéter les mêmes examens à des dates rapprochées, notamment l'examen du fond d'œil et l'examen des réflexes. Le syndrome pseudo-migraineux précède bien souvent de peu les signes orga-

niques. Il est fréquent de trouver à un second examen un œdème papillaire qui était absent un mois avant.

OBSERVATION N° 1. — M^{lle} F. J. 11 ans. Le 12 octobre 1931 est amenée pour des maux de tête persistants accompagnés de vomissements et survenant par crises de 2 à 3 jours de durée.

On ne relève pas d'antécédents migraineux ou pathologiques dans sa famille.

Jusqu'au mois de juin 1931 la malade n'a pas d'autre maladie qu'une rougeole à l'âge de 5 ans et une coqueluche à 7 ans.

En juin 3 la maladie a débuté par des maux de tête survenant surtout le matin, au lever, et paraissant être calmés dans la journée par de l'aspirine. Cette céphalée prédomine du côté gauche et est accompagnée de vomissements faciles et matutinaux.

Cette céphalée accompagnée de vomissements survient par crises de 2 à 3 jours séparées par des intervalles de 3 à 4 semaines.

On ne note pas de fièvre, pas de troubles digestifs, pas de douleurs à la palpation de l'abdomen, et l'examen neurologique ne révèle aucun signe organique. La périodicité de cette céphalée en l'absence d'autres troubles fait pour le diagnostic de migraine.

Un traitement analgésique est institué. La malade est revue 6 semaines plus tard. La céphalée a résisté au traitement et des troubles oculaires sont apparus : consistant en brouillards et scotomes scintillants ne persistant pas plus de cinq minutes.

L'examen ophtalmologique pratiqué alors découvre de la stase papillaire et fait poser le diagnostic de tumeur cérébrale.

La ventriculographie localise cette tumeur à l'étage postérieur du crâne.

A l'intervention on trouve une lésion postérieure se prolongeant en avant et avoisinant les centres du langage.

La tumeur a été entièrement extirpée et sa nature histologique précisée : gliome bénin

OBSERVATION N° 2. — M^r H. âgé de 7 ans 1/2. Le malade n'a aucun antécédent personnel ou familial grave à l'exception d'une adénoïdite. Il a été opéré de végétations il y a un an 1/2. Il présente en outre de l'urticaire après ingestion de chocolat ou d'œufs. Le début des troubles actuels date de 2 mois 1/2. Ce sont les vomissements qui sont apparus tout d'abord ; très fréquents, jusqu'à 6 ou 7 fois par jour, alimentaires puis bilieux. Ces vomissements s'accompagnent de céphalée violente qui débute avec chaque vomissement et dur un quart d'heure après. Cette céphalée est de siège frontal gauche.

Ces crises se reproduisent tous les deux ou trois jours, toujours matutinales.

En l'absence de tout autre signe le diagnostic de migraine, est posé. Mais le traitement établi reste sans action.

Revu un mois plus tard les troubles seront aggravés. Le malade vomit tous les matins après le petit déjeuner, 5 ou 6 fois dans la matinée. La céphalée accompagne les vomissements. Le malade reste alité se lève pour déjeuner, vomit son déjeuner et vers le milieu de l'après-midi les troubles disparaissent.

Les vomissements se font sans efforts.

Il n'y a pas de fièvre pas de douleurs abdominales ni de troubles digestifs. Il ne refuse pas de s'alimenter, va en classe et s'intéresse à son travail. Cependant il a maigri de 1 kilog en 2 mois.

A la palpation l'abdomen est très souple sans point

douloureux appendiculaire. Mais maintenant l'examen du système nerveux montre une exagération des réflexes du membre supérieur, qui sont très vifs et diffusent jusqu'à l'épaule. D'autre part la bouche s'ouvre moins à droite qu'à gauche. Enfin à la marche l'enfant balance un peu moins le bras droit. Devant ces signes on soupçonne maintenant l'existence d'une tumeur cérébrale.

Revu une semaine plus tard, outre ces signes on note l'extension bilatérale des orteils à la recherche du réflexe cutané plantaire et une tendance à la chute en avant de la tête pendant la céphalée.

Il est examiné trois mois après le début de l'affection par le Dr HAGUENEAU qui trouve des signes d'atteinte de la 8^e paire : déviation de la marche les yeux fermés — du nystagmus horizontal et vertical de l'adiadococinésie à gauche et surtout de l'œdème papillaire bilatéral. La radiographie confirme alors l'hypothèse du siège gauche de la tumeur cérébrale. Les signes organiques se sont accentués.

Opéré par le Dr VINCENT en février 1933 on trouve un gliome du cervelet pesant 40 grammes. L'extirpation a été incomplète à cause de l'agitation du malade. Ces cas de tumeurs cérébrales, à début pseudo-migraineux étant éliminés de la catégorie des migraines, nous étudierons maintenant quels problèmes peuvent poser certains cas de migraines dites essentielles notamment les cas de migraines à symptômes abdominaux. prépondérants.

LES MANIFESTATIONS ABDOMINALES DE LA MIGRAINE

Les manifestations abdominales de la migraine ont été notées par des auteurs anciens. Ainsi Van SWIETEN raconte qu'un individu ancien migraineux, auquel il donna des soins, éprouvait de violentes douleurs abdominales avec délire et tremblement universel ; plus tard, cet homme eut un accès d'épilepsie. Un autre jour, il fut atteint d'une violente douleur de goutte dans le gros orteil ; à partir de ce moment, il eut deux fois par an les attaques de goutte régulière et depuis lors, il ne fut plus tourmenté par les douleurs abdominales et les troubles nerveux qu'il éprouvait auparavant. Ce cas tient en lui, non seulement l'observation d'équivalents abdominaux, mais aussi une bonne part des hypothèses pathogéniques actuelles de la migraine.

L'observation de ces cas a sans doute contribué à la naissance de la pathogénie digestive des migraines soutenue par Van SWIETEN, lui-même et qui avait d'ailleurs été défendue au xvi^e siècle par FRÉNEL.

Mais dans ce travail, c'est surtout au point de vue clinique et diagnostic que nous nous placerons, con-

sidérant tout d'abord l'importance des manifestations abdominales ou digestives au cours de la crise migraineuse ordinaire.

Les vomissements ont toujours été considérés comme un des symptômes capitaux de la migraine. Ils ne sont pas constants, mais très fréquents. Mais s'ils ne se produisent pas, il existe dans la règle un état nauséeux, accompagnant la céphalée. Quand ils existent, ils sont précédés d'une exagération de la céphalée et de l'état nauséeux. Ils sont émis avec le plus souvent de grands efforts et amènent ensuite un soulagement du malade. Ce soulagement peut n'être que passager. C'est le cas des malades qui vomissent pendant tout la durée de leur crise. Pour d'autres, le vomissement annonce la fin de la céphalée et de l'état vertigineux. Enfin, dans la migraine idio-pathique, ou migraine vraie, les vomissements s'accompagnent presque toujours d'efforts expulsifs intenses. Quand ces vomissements durent longtemps, ils sont d'abord alimentaires puis muqueux et les efforts de vomissements se prolongent parfois à sec.

La douleur abdominale est moins fréquente que les vomissements, surtout si l'on ne considère que les cas où elle est nettement distincte de l'effort de vomissement. Le plus souvent, elle les accompagne. Elle persiste dans ce cas entre les efforts de vomissements, siégeant couramment au creux épigastrique. Cette douleur est tantôt à type de crampes douloureuses, tantôt à type de coliques intestinales. Fré-

quemment, la palpation du creux épigastrique est douloureuse et on note parfois une légère contraction de la paroi, contracture à limite imprécise. Bien souvent, la douleur abdominale n'a aucune localisation précise. Plus rarement, la douleur siège à droite, soit sous les fausses côtes, soit au point appendiculaire, mais le siège est rarement précis et ce sont plutôt les irradiations de la douleur épigastrique.

ORTNER signale d'autre part un cas de migraine typique, alternant avec des crises douloureuses à évolution migraineuse, les douleurs étant localisées dans l'hypochondre gauche. Dans certains cas, GUTMANN a observé la persistance après la crise d'un endolorissement épigastrique, sans qu'aucune lésion organique ait pu être décelée.

Bien souvent, ces symptômes passent inaperçus. parce qu'ils sont dominés par la céphalée et les vomissements ; le malade habitué à sa crise migraineuse n'y prête pas attention et ce n'est que par un examen systématique et un interrogatoire minutieux qu'ils sont retrouvés. Dans les cas où la douleur abdominale est au second plan, elle a d'ailleurs peu d'intérêt clinique, ne posant guère de problème de diagnostic. Mais cette constatation de la douleur abdominale accompagnant la migraine, qui est loin d'être rare éclaire l'étude des cas plus rares où elle devient prédominante.

Nous ne saurions mieux illustrer ces faits que par le récit que fit lui-même au Professeur DEBRÉ, un enfant migraineux :

« Je commence, dit-il, par avoir un mal de tête fou avec des éblouissements, et puis je vomis, et enfin, j'ai mal au ventre. Je suis incapable de rien faire, je suis obligé de m'arrêter dans mon travail. Je me couche, je vomis pendant deux ou trois heures, puis je m'endors d'un sommeil profond. Le lendemain matin, je recommence à travailler et je ne suis pas fatigué. »

...L'enfant a eu trois crises de migraines. Le malade insiste sur la douleur abdominale droite, mais indique bien que la crise débute brusquement par des éblouissements, des vertiges, un mal de tête « fou » et qu'ensuite, seulement, il a une douleur abdominale (1).

Nous avons nous-mêmes, eu l'occasion d'observer des cas analogues où le malade se plaint à la fois de céphalée et de douleurs abdominales. ORTNER et MÆBIUS en ont rapporté plusieurs cas et les auteurs américains en ont publié de nombreux.

Ces faits nous conduisent à étudier des cas plus spéciaux où les manifestations abdominales, la douleur notamment, prennent nettement le pas sur la céphalée. Ces cas sont plus rares, mais nous nous étendrons davantage sur eux en raison de leur diagnostic difficile et des discussions nosologiques et pathogéniques qu'ils entraînent.

La douleur abdominale qui centre alors le tableau

(1) La migraine chez l'enfant par M. le Dr R. DEBRÉ. Extrait du *Journal des praticiens*, n° 4, 24 janvier 1923.

clinique est très variable, tant par ses caractères propres que par son siège.

Tantôt la douleur est sourde et continue. Tantôt elle est intense et discontinue. Dans certains cas, c'est une crampe douloureuse se rapprochant de la faim douloureuse. D'autres fois, elle est ténébrante, et même transfixiante à type de brûlure ou de déchirure. Enfin, elle revêt parfois les caractères de coliques intestinales banales.

Dans la règle, la douleur est toujours profonde, sans hyperesthésie cutanée. Elle n'est pas influencée par les vomissements ni par l'absorption d'aliments ou de médicaments sédogastriques. Elle s'accompagne le plus souvent d'un endolorissement abdominal qui persiste fréquemment après la cessation de la crise. La douleur provoquée au palper est fréquente. La palpation réveille une contracture peu intense et en général mal délimitée. Le siège de la douleur est parfois difficile à préciser, notamment chez l'enfant où elle est souvent diffuse.

Le Professeur DEBRÉ, dans son étude sur la migraine de l'enfant, ne relève pas de siège particulier de la douleur, mais il insiste sur l'endolorissement qui persiste après elle et permet de la réveiller par le palper.

Mais dans bien des cas on peut préciser le siège de la douleur et ses irradiations.

Le Dr GUTMANN signale un cas où la douleur était nettement localisée dans l'hypochondre gauche et sans irradiations. Les américains et les allemands

qui ont rapporté des cas de douleur abdominale au cours de la migraine, notent la plus grande fréquence du siège épigastrique. Nous avons nous-même constaté le siège strictement solaire de la douleur chez un de nos malades. Dans les cas de douleurs diffuses, il faut cependant noter la fréquente prédominance à droite. La hauteur de la douleur est d'ailleurs variable, depuis l'hypochondre jusqu'au fond du cœcum.

La durée de cette douleur migraineuse abdominale est des plus variable. Mais, dans la majorité des cas, elle persiste de 24 à 48 heures et est en général suivie d'un endolorissement qui persiste 24 heures après la crise douloureuse.

Nous avons cependant relevé dans la littérature et observé des cas où l'arrêt de la douleur est brusque et total.

Dans un cas moins typique, observé par le Dr Louis RAMOND et par nous, nous avons vu les crises s'allonger progressivement en se répétant. La dernière crise a pu durer 12 jours. Dans ce cas, les crises douloureuses n'étaient pas continues.

Parfois, l'arrêt de la douleur est suivi d'une polyurie intense.

Enfin, cette douleur abdominale est, le plus souvent accompagnée de vomissements déjà décrits. Elle n'est en général, pas influencée par eux et son intensité est sans rapport avec la fréquence ou l'absence des vomissements.

Cette description des symptômes abdominaux de

la migraine semble nous transporter bien loin du tableau classique, surtout dans les cas où les manifestations sont isolées. C'est dans le mode d'apparition et l'évolution de ces symptômes que réside le lien qui les unit étroitement. La nature migraineuse de ces manifestations abdominales se révèle tout d'abord par leur mode d'apparition. Nous ne connaissons que peu de cas où l'abdomen ait été la première localisation de l'algie migraineuse, même chez l'enfant, on retrouve dans les antécédents du malade, des crises de migraine.

Bien plus, dans nombre de cas, on peut reconstituer dans les antécédents du malade, le passage de la migraine typique à son équivalent abdominal par des formes intermédiaires participant aux deux types. LASSÈGUE avait déjà signalé ces modifications de la crise migraineuse chez un même malade, au cours des années. Mais parfois, les crises sont si espacées que le malade ne prend pas lui-même conscience de cette transformation. C'est dans ces circonstances que différents diagnostics peuvent se poser devant une crise en apparence primitive et c'est au médecin de dépister les crises antérieures par l'interrogatoire.

Cette évolution de la crise est plus fréquemment observée à certaines époques de la vie.

Tout d'abord chez l'enfant, à la période prépubertaire et pubertaire. Chez les jeunes filles, la transformation se fait plutôt après la puberté. Cette évolution de la migraine peut se rencontrer à tous les

âges de la vie chez l'homme. Mais chez la femme, c'est plus souvent à la ménopause que les modifications apparaissent.

Le passage de la migraine typique à son équivalent abdominal s'opère de différentes façons.

Tout d'abord les crises peuvent rester rapprochées et la transformation se faire progressivement. La céphalée devient moins intense, ou bien les symptômes oculaires qui existaient avant, disparaissent. Les vomissements peuvent diminuer de fréquence, alors que la douleur abdominale apparaît progressivement plus intense. On peut assister ainsi à la disparition complète de la céphalée. Ce mode d'évolution très démonstratif, n'est cependant pas le plus fréquent et il crée d'ailleurs peu de difficultés de diagnostic.

Plus souvent, on retrouve dans les antécédents des malades un espacement progressif des crises. Le sujet peut même croire à leur disparition totale. Puis survient une crise à prédominance abdominale ; fréquemment, elles sont peu intenses et de courte durée. Mais l'intensité augmente à mesure de la répétition et on est amené à voir le malade à sa deuxième ou troisième crise.

Il arrive même que la crise survienne d'emblée nettement abdominale, après une crise nettement céphalique. Enfin, les crises peuvent alterner avec des caractères opposés. C'est la forme à équivalent abdominal vicariant, décrite par les auteurs américains.

Dans toutes ces modalités de transformation,

comme dans leurs différentes formes cliniques, une chose est immuable : ce sont les étapes nettement marquées de la crise. C'est elle qui, par sa constance, unifie cliniquement les diverses manifestations de la migraine.

Le début est brusque, qu'il s'agisse d'un équivalent abdominal ou d'une migraine typique. Les prodromes passagers d'ordres généraux sont les mêmes dans les deux cas. La durée de la crise est du même ordre pour toutes les sortes de migraines. Les manifestations ont toujours, pendant une crise, la même continuité — avec le même retentissement sur l'état général : état nauséux et vertigineux avec asthénie profonde.

Comme le début, la fin de la crise abdominale survient brusquement et en même temps, cessent les phénomènes généraux. La fin de la crise peut être suivie immédiatement du retour à la normale ou bien le malade tombe dans un profond sommeil, comme après la crise typique.

De même, la fièvre est exceptionnellè au cours d'un équivalent de migraine et sa présence doit faire presque systématiquement éliminer le diagnostic de migraine.

Comme la migraine ordinaire, l'équivalent abdominal, la crise étant passée, laisse le sujet qui en est atteint, dans un assez bon état de santé. On retrouve après la crise abdominale, la même euphorie qu'après la crise ordinaire. Elle est souvent suivie de polyurie claire. L'intervalle entre les crises est libre

de tout symptôme et de durée variable : de quelques jours à une année et plus. On note cependant comme chez les migraineux ordinaires, entre les crises, un état mental particulier en général cyclothymique. Le plus souvent, les accès se reproduisent irrégulièrement tous les deux ou trois mois.

Enfin, l'équivalent abdominal peut alterner avec des crises de migraine ordinaire qu'il faut rechercher dans les antécédents. On voit fréquemment une seule crise abdominale entre d'autres crises céphaliques. Le plus souvent, deux ou trois crises abdominales remplacent les crises ordinaires qui réapparaissent dans la suite.

Le tableau de l'équivalent abdominal de la migraine ne serait pas complet, si l'on n'y ajoutait la recherche des antécédents personnels et familiaux.

La présence de migraines antérieures, presque constante, est un fort appoint au diagnostic. Mais on s'attachera à chercher aussi les autres accidents survenant sur un terrain neuro-arthritique. Notamment l'eczéma infantile, le prurigo strophulus, les crises d'asthme de l'enfance, les poussées fréquentes d'urticaire, le rhume des foins.

On ne négligera pas non plus d'étudier le malade au point de vue glandulaire, on remarquera surtout la fréquence de l'insuffisance ovarienne ou hypophysaire. Il est presque constant de retrouver les mêmes accidents et le même terrain chez les ascendants et les collatéraux.

Avant d'aborder l'étude des problèmes diagnos-

tiques posés par les équivalents abdominaux de la migraine, nous apportons des observations de ces cas dont la plupart ont été recueillies dans le service de M. le Professeur DEBRÉ.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 3. — M^{lle} B. S. B. née en 1925.

M. le Docteur BROCA est appelé en décembre 1932 auprès d'une petite malade présentant des troubles digestifs en apparence banaux. En janvier 1933 il est appelé d'urgence pour une véritable crise, consistant en vomissements et douleurs abdominales.

Les vomissements se répétant pendant trois jours à la cadence de 4 à 5 fois par jours. L'intolérance gastrique est absolue. En même temps l'enfant se plaint de douleurs abdominales avec redoublements poroxystiques siégeant avec prédominance au creux épigastrique. Les urines sont peu abondantes et la constipation absolue.

Le palper de l'abdomen révèle un endolorissement sus-ombilical mal localisé et la douleur provoquée est plus nette dans la région appendiculaire. Devant ces symptômes le docteur BROCA pense au diagnostic d'appendicite. Mais il n'y a pas de fièvre, la douleur appendiculaire est mal localisée, la contracture est bilatérale, peu intense et l'interrogatoire vient éclairer le diagnostic.

Dans sa première enfance l'enfant souffrait d'une diarrhée presque constante.

Vers l'âge de deux ans elle commence à vomir tous les 20 ou 25 jours. La mère insiste bien sur la régularité de ces vomissements. Ils durent 2 à 3 jours s'accompagnaient de douleur imprécise et provoquaient un amaigrissement

notable. Ils semblaient améliorés par le régime lacto-végétarien et la médication alcaline.

A l'âge de 6 ans l'enfant vivant à la campagne n'eut plus de crises pendant presque un an.

Elles recommencèrent en mars 1932 et les crises survinrent irrégulièrement pendant tout l'été.

En novembre 1932, elle eut une crise plus forte, avec vomissements et fortes douleurs d'estomac. La douleur provoquée très réelle au point appendiculaire inquiéta le médecin traitant au point qu'il fit appeler un chirurgien, mais quand celui-ci arriva, le lendemain, tout avait disparu.

D'autre part la mère avait elle-même eu des migraines typiques coïncidant avec les règles. Ces migraines légères dans l'enfance s'accrochèrent après la puberté. Elles ont été diminuées par un traitement opothératique.

Ces antécédents éclairent encore le diagnostic. Et l'équivalent abdominal de la migraine est confirmé par la cessation brusque de tous les troubles le troisième jour.

OBSERVATION N° 4, le 2 mai 1930. M. M. G., âgé de 11 ans est amené à consulter à l'Hôpital pour des vomissements intermittents avec douleur abdominale et céphalée. La mère du malade est lithiasique. Les troubles ont débuté il y a un an par une céphalée occipitale plus intense le soir. Les troubles cessent pendant la durée des vacances où l'enfant est à la campagne. En octobre la céphalée reprend plus vive elle s'accompagne de vomissements très abondants et de douleurs abdominales. Les crises sont très fréquentes, surviennent plusieurs fois par semaine. En avril 1930 au cours d'une crise les douleurs abdominales plus vives font craindre l'appendicite, d'autant plus que la température est à 38,4. Mais le lendemain tout est terminé L'enfant a eu une autre crise analogue sans température il se sent un peu fatigué, est pâle, et le point appendiculaire est très lé-

gèrement douloureux quand nous l'avons examiné, le lendemain de sa crise.

Depuis, le malade a eu des crises de céphalée accompagnée de douleur abdominale et de vomissements mais sans aucune réaction péritonéale. Le traitement quotidien par le garde-nal à 0 gr. 15 par jour a diminué la fréquence des crises.

OBSERVATION N° 6 prise en décembre 1934, service Dr HALLÉ M^{lle} T. 7 ans.

Depuis deux ans cette petite malade présente des crises de caractères et d'intensité variables.

Le plus souvent la crise, débute dans la matinée avant le déjeuner, parfois au réveil. Le début est brusque par de la céphalée frontale intense. Mais cette céphalée frontale ne dure que quelques heures. Elle est suivie de vomissements alimentaires puis bilieux qui se répètent 5 et 6 fois. Ces vomissements sont accompagnés par une douleur abdominale constante nettement localisée à droite et au niveau de l'ombilic.

Pendant sa crise l'enfant est en proie à un malaise vertigineux, doit s'aliter et souvent la crise se prolonge tard dans la nuit empêchant tout sommeil à une heure variable la crise cesse et l'enfant s'endort pour ne réveiller souvent que le lendemain après-midi et en parfaite santé.

La mère de la malade a remarqué que l'apparition de la crise était précédée pendant 2 ou 3 jours par une modification nette de l'odeur de l'haleine. Cette odeur très caractéristique « aliacée » dit-elle lui permet à coup sûr de prévoir la crise de l'enfant qui pourtant ne se sent pas mal.

Parfois la crise s'accompagne de diarrhée. Examinant l'enfant le lendemain d'une crise nous avons relevé un endolorissement para-ombilical droit.

Dans d'autres cas la crise se borne à de la céphalée à prédominance frontale gauche, sans troubles oculaires.

Ces crises ne durent que 12 heures ne s'accompagnent ni de vomissements ni de douleur abdominale et ne sont pas annoncées par une modification de l'odeur de l'haleine. La mère qui est nettement cholémique est une migraineuse invétérée.

OBSERVATION N° 5. — Monsieur P. âgé de 62 ans.

En février 1934 je suis appelé à voir un malade âgé de 62 ans pour des douleurs abdominales avec vomissements à l'examen la température est normale le pouls est à 60 la respiration calme et régulière. Et notez qu'il n'y a pas d'ictère. Au moment de l'examen la douleur spontanée est peu intense elle survient en effet par crises paroxystiques durant 1/4 d'heure à 1/2 heure ces crises se répètent 8 à 10 fois par jour s'accompagnant le vomissements avec grands efforts. Pendant les crises le malade est agité et se plie en deux. La douleur est épigastrique transfixante très intense. A l'examen de l'abdomen, entre les crises, on note un maximum de la douleur provoquée sur la ligne médiane à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. La paroi abdominale est contracturée dans la portion sus-ombilicale. Les crises douloureuses peristant des radiographies en série du pylore sont faites qui montrent un transit tout à fait normal et pas de déformation des contours de l'estomac et du duodénum.

Le 4^e jour, le Docteur RAMOND est appelé et prescrit le régime lacté et une médication alcaline, le 6^e jour les crises s'arrêtent et le malade amaigri peut en continuant son régime reprendre sa vie normale. Depuis le malade est en parfaite santé. Le Docteur RAMOND a opté pour le diagnostic d'équivalent abdominal de la migraine en raison des antécédents. En effet le malade avait déjà eu des crises analogues depuis une dizaine d'année 2 à 4 fois par an. Mais les crises ne duraient que 24 ou 48 heures. Or le malade

nous fait remarquer que ces crises abdominales ont débuté il y a 10 ans juste au moment où sont disparues des migraines typiques avec symptômes oculaires, dont il souffrait depuis sa jeunesse.

La mère du malade et la sœur de sa mère souffraient de migraines cataméniales qui ont cessé vers la ménopause. Et deux filles du malade sont encore des migraineuses invétérées. Notons aussi que le malade et ses trois enfants sont nettement cholémiques.

OBSERVATION du Professeur DEBRÉ publiée dans le Journal des praticiens N° 4, 24 janvier 1925.

« ... Petite fille de 9 ans entrée dans un service de Chirurgie
« où elle avait été admise pour des douleurs abdominales
« et des vomissements. Ces douleurs, survenues brusque-
« ment, étaient généralisées à tout l'abdomen, avec une
« prédominance du côté droit. En même temps, elle avait
« des vomissements fréquents, répétés, d'abord alimentaires
« puis muqueux, puis bilieux. Toutefois, la mère avait
« bien constaté que les vomissements et les douleurs ne
« s'accompagnaient pas d'élévation thermique.

« Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite.
« Il fait entrer la petite malade dans le service de Chirurgie
« du Professeur BROCA, où elle est examinée par les internes
« et le chef de Clinique, qui constatent l'absence de réaction
« abdominale ou péritonéale, pas de douleurs localisée,
« pas d'hypéresthésie cutanée ni de résistance de la paroi,
« une respiration abdominale absolument normale. Les
« douleurs persistent dans le ventre, mais elles sont diffuses ;
« les vomissements cessent, la température est toujours
« normale.

« Devant cet examen négatif les chirurgiens déclarent
« qu'il ne s'agit pas d'une appendicite, car une appendicite
« ayant provoqué des vomissements et des douleurs aussi

« intenses la veille aurait laissé le lendemain une réaction
« abdominale perceptible.

« A ce moment, les internes et la surveillante sont
« frappés de ce fait que la petite malade a un symptôme
« nouveau : elle est abattue, somnolente et semble presque
« dans un état de torpeur ; dans le courant de la journée,
« elle se remet a vomir brusquement, un vomissement subit,
« violent, sans nausée préalable, un vomissement du type
« cérébral.

« En présence d'un tel état, le diagnostic d'appendicite
« étant écarté, celui qui vient à l'esprit est celui d'irritation
« méningée, d'autant plus que l'enfant commence à se
« plaindre de mal de tête ; alors, pensant à une méningite,
« l'interne du service, M. CORDEY) fait examiner l'enfant par
« un ophtalmolog'ste qui ne constate rien dans le fond
« d'œil, mais met en évidence un signe passé inaperçu :
« une légère diplopie.

« Voilà donc un enfant qui présente de la céphalée, une
« douleur abdominale, des vomissements du type cérébral,
« un état de torpeur et une légère diplopie. La crainte d'une
« méningite s'accroît, on recherche la raideur de la nuque :
« elle est nulle ; le signe de Kernig est absent, le pouls et
« la respiration sont réguliers, la ponction lombaire donne
« issue à un liquide céphalo-rachidien normal.

« C'est à ce moment que l'enfant m'est montrée et que
« je vais avec vous la voir dans le service de chirurgie. Je
« suis tout d'abord frappé de ce fait que cette évolution ne
« s'est accompagnée d'aucune modification de la tempéra-
« ture, d'aucune modification du pouls qui est resté pendant
« toute cette période parfaitement régulier, calme et lent.
« De plus, au moment où je vois l'enfant, la douleur abdo-
« minale, la diplopie, la céphalée, la torpeur ont disparu.
« Somme toute ce tableau clinique, impressionnant au
« premier abord, s'est effacé comme par enchantement,
« je n'ai pas hésité à poser le diagnostic de migraine et j'ai

« été assez heureux pour voir mon diagnostic confirmé le
« lendemain par l'interrogatoire de la mère.

« La mère, en effet, nous a dit que la crise qui a provoqué
« l'entrée de l'enfant à l'Hôpital, n'était pas isolée, que
« l'enfant avait présenté à plusieurs reprises des crises
« analogues séparées par un intervalle de deux ou trois
« mois, mais que les crises antérieures étaient beaucoup
« moins fortes et qu'elles n'avaient pas justifié la venue
« du médecin ; c'est seulement en présence des douleurs
« abdominales et des vomissements qu'elle avait demandé
« notre confrère.

« La mère, nous raconte que les crises ont toujours été
« à peu près identiques : au milieu de ses jeux, l'enfant
« s'arrête brusquement, se plaint de la tête et du ventre ;
« notez que toujours la petite malade s'est plainte du
« ventre en même temps que de la tête au début de ses
« crises antérieures. Puis elle demande le calme, elle exige
« qu'on la laisse tranquille ; on la met au lit, elle présente
« à ce moment quelques vomissements, puis s'endort
« d'un sommeil profond. La crise à laquelle nous avons
« assisté, qui avait justifié l'entrée à l'Hôpital avec le dia-
« gnostic erroné d'appendicite, était simplement une crise
« plus violente que les autres avec des douleurs abdominales
« et des vomissements un peu plus marqués que la céphalée.

« Bien mieux, l'interrogatoire de la mère, nous apprend
« encore qu'elle appartient à une famille de migraineux.
« Elle même nous dit qu'elle a des crises de migraine
« extrêmement violentes qui, suivant son expression, la
« rendent comme une bête pendant 48 heures. Elle nous
« dit que la grand-mère de l'enfant a également des crises
« de migraine très fortes ; que la sœur de sa grand-mère
« avait aussi tous les quinze jours, des crises tellement
« violentes qu'elle a passé sa vie à aller d'hôpital en hôpital
« pour chercher un soulagement qu'elle n'a jamais obtenu ;
« et au moment où la petite malade était à l'Hôpital des

« Enfants Malades, sa mère était à la Salpêtrière pour
« essayer de trouver un soulagement à ses crises de migraine.

« Nous avons donc laissé cette petite malade au repos,
« nous l'avons mise au régime alimentaire lacto-fruito-
« végétarien et l'enfant, rapidement guérie, ne demanda
« qu'à quitter l'Hôpital, ce que nous lui avons accordé.

OBSERVATION. — Petite fille âgée de 10 ans 1/2 qu'on
« amène à l'Hôpital pour des vomissements et des maux
« de tête. A la consultation de la porte de l'Hôpital on
« craint une méningite et c'est pour cela que l'enfant est
« admise. Nous l'avons vue, dès son entrée et avons eu de
« la mère un récit immédiat de la crise qui nous évita
« toute sorte d'erreur.

« La mère nous a raconté que l'enfant avait eu la veille
« du jour de son entrée alors qu'elle était parfaitement bien
« portante jusqu'alors, en rentrant de l'école, une grande
« fatigue, qu'elle s'était plainte de la tête et de douleurs
« dans le ventre ; puis que l'enfant avait vomi. La mère
« l'avait mise au lit, l'enfant resta abattue, mais le lende-
« main, comme elle se plaignait encore de la tête et avait
« des vomissements, la mère la conduisit à l'Hôpital.

« A l'examen ; pas de température, pouls régulier, bon
« facies, pas de douleur de la nuque, pas des signes de
« Kernig, les vomissements ont disparu, le diagnostic était
« donc facile. D'ailleurs la mère nous avait dit que la crise
« était la seconde et que quinze jours auparavant, la fillette
« avait présenté une première crise absolument identique,
« sauf ce point important, que je vous signale en passant,
« à savoir que l'enfant avait eu du délire. La petite avait
« eu en rentrant de l'école un fort mal de tête, des vomisse-
« ments et dans la journée, au milieu du sommeil, un délire
« passager. C'était donc, chez l'enfant, une seconde crise
« de migraine à laquelle nous assistions. »

OBSERVATIONS, publiées par N. LIONEL et BLITZSTEIN et WILLIAM A. BRAMS, in *The Journal of the American. Médecin. Association.* N° 10, 1926 ».

OBSERVATION VII. — Malade opéré pour appendicite, Homme âgé de 42 ans dont la mère avait la migraine avec de fréquentes crises abdominales semblables à celles du malade. Début à l'âge de 20 ans, par des crises de douleurs abdominales accompagnées de vomissements et durant un jour ou deux, non modifiées par la nourriture mais se calmant la nuit. Une céphalée sourde avec sensation d'un voile devant les yeux accompagnait parfois la douleur abdominale. Les crises d'abord espacées de quatre mois devinrent plus fréquentes, survenant toutes les 2 ou 4 semaines. A l'examen, rien sauf une douleur dans la région appendiculaire. Une exploratrice pratiquée ne montre rien d'anormal, mais on enlève l'appendice, celui-ci est parfaitement sain. Ses crises continuent après l'intervention ; mais après un traitement par le *canabis indica* n'a observé en 8 mois que deux faibles crises de quelques heures.

DIAGNOSTIC

La lecture de ces observations montre d'elle-même les difficultés de diagnostic soulevées par les équivalents abdominaux de la migraine. Les cas opérés, empruntés aux auteurs américains, montrent combien il faut avoir présente à l'esprit la notion de migraine pour éviter des interventions inutiles, sinon regrettables.

Avec le professeur DEBRÉ, c'est le plus souvent chez l'enfant, que nous avons observé des équivalents abdominaux de la migraine. Devant un syndrome abdominal douloureux, une affection que l'on redoute avant tout autre dans le jeune âge, c'est l'appendicite. Son diagnostic doit être précoce, et comporte une sanction thérapeutique d'urgence ; nous l'étudierons donc d'abord, et en détail, tel qu'il ne pose avec les équivalents abdominaux de la migraine.

De la description que nous avons faite de ceux-ci, il ressort tout d'abord plusieurs points de ressemblance avec l'appendicite.

Le début est en général brusque dans l'appendicite comme dans la migraine.

D'autre part, les vomissements précoces et fré-

quents dans les deux cas aident à la confusion. Enfin, la douleur de siège variable dans l'équivalent migraineux abdominal, est souvent à prédominance droite. Il est certain qu'elle est rarement localisée avec précision au point de Mac BURNEY. Mais dans l'appendicite elle-même, le siège de la douleur n'est pas toujours absolument fixe. Surtout chez l'enfant, l'existence d'une descente incomplète du cœcum reporte la douleur appendiculaire au-dessus du point classique de Mac BURNEY. Parfois même, l'appendicite est nettement sous hépatique. Et, s'il est juste d'insister sur la localisation précise de la douleur appendiculaire, dans les appendicites rétro-cœcales, il est difficile de préciser son siège exact.

On voit donc que le siège de la douleur permettra rarement d'éliminer le diagnostic d'appendicite. L'étude de la contracture pariétale donnera de meilleurs renseignements sans être toujours décisive. On sait combien il est difficile de l'apprécier, chez un enfant qui souffre et qui se défend. Cependant, dans la migraine, la contracture réflexe est rare, et avec patience on pourra surprendre la détente de la paroi entre les efforts de défense. De plus, cette contracture n'est jamais intense et toujours mal localisée. Le plus souvent, elle est bilatérale et symétrique. Pour l'appendicite plaidera une contracture localisée nettement autour de la région douloureuse. Ou bien l'absence de contracture véritable en avant, avec contracture de la paroi postérieure, en cas d'appendicite rétro-cœcale.

Accompagnant la contracture, l'hyperesthésie superficielle est encore en faveur de l'appendicite.

Au contraire, on pensera à la migraine en présence d'une douleur mal localisée avec des irradiations multiples. Douleur accompagnée de contracture diffuse peu intense sans hyperesthésie cutanée.

L'étude attentive de tous ces signes dans leurs différentes modalités peuvent donc orienter le diagnostic, mais l'absence totale de fièvre est un signe bien plus décisif, en faveur de l'équivalent abdominal de la migraine. C'est un signe qui, à lui seul, doit faire douter de l'appendicite que l'on redoute, et qui commande l'expectative. C'est en méconnaissant l'importance de ce signe que l'on a enlevé inutilement des appendices ; et, comme le signalent les américains, les troubles abdominaux ont persisté après l'intervention comme avant. Enfin, le calme du pouls et de la respiration sont des arguments en faveur de la migraine. On voit peut-être très rarement des appendicites sans fièvre, mais si ce fait existe, une telle appendicite ne commande pas une intervention d'urgence. On peut donc laisser à l'évolution de la maladie le soin d'éclairer le diagnostic. Elle ne manque pas de le faire rapidement. En effet, les troubles dus à l'équivalent abdominal de la migraine persistent rarement plus de 48 heures. Et la terminaison brusque des troubles avec retour rapide à une santé parfaite, n'est pas le moindre des éléments qui plaident en faveur de l'origine migraineuse.

Les prodromes de la crise, quand ils ont existé,

permettent aussi d'éclairer le diagnostic. Dans l'appendicite, ils sont rares ; dans la migraine, au contraire, ils sont fréquents et leurs caractères très spéciaux peuvent être révélateurs. Notamment les troubles sensoriels — parfois la vue se brouille passagèrement, ou bien, le malade a ressenti un goût spécial dans la bouche, ou des odeurs inexplicables. Les prodromes digestifs fréquents dans les équivalents abdominaux de la migraine ne sont malheureusement pas d'un grand secours pour le diagnostic.

A tous ces symptômes, s'ajoutent presque toujours des éléments de présomption dans l'étude des antécédents. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, nous les retrouvons abondamment dans le passé du malade et dans celui de sa famille.

Il faudra rechercher avant tout les crises migraineuses typiques ou non. Mais il faudra encore rechercher les nombreuses manifestations de la série arthritique. Souvent, le migraineux a présenté dans son enfance un eczéma rebelle et la migraine ne sera apparue qu'après la disparition de celui-ci. Dans d'autres cas, les vomissements cycliques ont précédé la migraine. On retrouve parfois les mêmes accidents chez les parents et il est à noter que l'hérédité de manifestations similaires est fréquente. Ou bien chez les parents, on retrouvera des crises d'asthme souvent alternées avec des poussées d'urticaire. L'ensemble de ces antécédents joints à l'étude attentive de la crise actuelle permettront le plus souvent de se faire une opinion juste. Et malgré le légitime souci

de ne pas retarder une appendicectomie justifiée, on évitera, en pensant à l'équivalent abdominal, de la migraine, des interventions inutiles.

A côté de l'appendicite, il faut citer une autre affection chirurgicale qui peut être simulée par l'équivalent abdominal de la migraine : c'est la cholécystite chronique ou subaiguë. Nous nous attarderons peu à son étude, parce que nous n'avons pas rencontré de cas embarrassants à ce sujet. Malgré les erreurs publiées dans ce sens par les auteurs américains, nous ne pensons pas que ce problème se pose souvent, de façon bien angoissante entre migraine et cholécystite.

Il est cependant des signes qui, dans certains cas peuvent rapprocher ces affections. Et il n'est pas rare de les voir coexister chez un même sujet. L'évolution de la cholécystite par poussées successives, peut rappeler des crises migraineuses plus ou moins rapprochées. D'autant plus que le début des crises de cholécystite correspondant à la migration d'un calcul est souvent brusque.

Localement, la douleur de la cholécystite peut être basse avec les irradiations épigastriques ou autres qui rapprochent par l'imprécision, la douleur de la cholécystite de celle de l'équivalent abdominal. Et souvent la contracture est minime dans la cholécystite. Au point de vue général, la fièvre peut être minime, ou passer inaperçue, le pouls est régulier ainsi que la respiration. Et l'ictère fait le plus souvent défaut.

Enfin, les vomissements avec céphalée accompagnent souvent la poussée de cholécystite. On conçoit donc que l'erreur soit possible avec l'équivalent abdominal de la migraine, au moins momentanément.

Il faut cependant reconnaître que si chacun de ces symptômes peuvent faire défaut, il est bien peu probable qu'ils manquent tous en même temps — ce qui doit rendre l'erreur presque impossible, si l'on étudie soigneusement l'état actuel des malades et les caractères des crises antérieures.

On s'apercevra ainsi que les crises sont irrégulières et le début de date relativement récente. Les crises durent plus longtemps que des crises de migraine et la santé entre les crises n'est pas parfaite. Il reste un endolorissement persistant de l'hypochondre droit.

Si la crise actuelle est apyrétique, en interrogeant le malade on retrouvera souvent la fièvre au cours d'accès antérieurs.

Enfin, en cas de doute, aucune thérapeutique chirurgicale d'urgence ne s'imposant dans ces cas bâstards, on ne devra se prononcer qu'après plusieurs jours d'évolution ce qui rend l'erreur encore plus difficile. Et on pourra s'aider de la radiologie.

Pour le diagnostic des autres affections chirurgicales de l'abdomen, telles que ulcus et cancer, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer de difficultés. Étant donné que l'équivalent abdominal nous a paru se rencontrer surtout dans l'enfance, nous ne pensons pas utile de les rappeler. Nous passerons tout

de suite au problème très délicat que pose, avec la migraine, les embarras gastriques simples et les indigestions. Ces affections n'entraînent pas d'indications thérapeutiques d'urgence, mais il convient d'en étudier minutieusement le diagnostic afin que ne soit pas rétréci ou élargi inconsidérément le cadre des équivalents abdominaux de la migraine.

Ces affections présentent de nombreux points communs qui rendent la discrimination délicate. Nous ne reviendrons pas sur les caractères déjà décrits des équivalents migraineux. Nous décrirons donc d'abord les caractères de l'embarras gastrique susceptibles d'égaler le diagnostic. Nous étudierons ensuite les éléments de discrimination.

Parmi les points qui rapprochent ces deux affections, nous citerons d'abord le terrain. En effet, si tous les enfants sont susceptibles de souffrir d'un embarras gastrique, il faut noter que celui-ci survient de préférence chez un enfant d'hérédité neuro-arthritique ou présentant une insuffisance hépatique légère ou d'autres troubles glandulaires : or, c'est le terrain même de la migraine. De plus, ces enfants prédisposés, font des récurrences fréquentes pouvant faire croire à des crises successives de migraines.

L'embarras gastrique, fébrile ou non, fait souvent suite à une indigestion à début brusque, comme la migraine. D'autre part, l'embarras gastrique s'accompagne parfois de vomissements et presque constamment de céphalée. Localement la douleur présente le plus souvent dans les deux affections, le même ca-

ractère diffus avec une contracture nulle ou peu intense. Il existe une douleur provoquée à la pression de l'épigastre.

Enfin, l'évolution peut être de courte durée. On voit donc combien la discrimination peut être délicate avec l'équivalent migraineux abdominal.

Elle pourra être faite par un interrogatoire minutieux.

Contre la migraine, on relèvera : un repas trop copieux où les aliments avariés qui ont provoqué l'indigestion initiale cause de l'embarras gastrique.

Quand l'embarras gastrique simple débute d'emblée, bien souvent le malade n'en précise le début qu'au premier vomissement. Il faut donc par l'interrogatoire, retrouver dans les 2 ou 3 jours qui ont précédé une inappétence progressive, avec état saburral des voies digestives, et constipation. La céphalée elle-même est apparue progressivement. A l'examen, la langue est saburrale oedématisée et sur les bords on remarque l'empreinte de dents. Souvent, la température s'élève un peu, le soir seulement.

Autant de petits signes dont aucun n'est décisif, mais dont l'ensemble plaide en faveur de l'embarras gastrique. L'évolution aidera au diagnostic, autant la terminaison de la migraine est brusque et suivie d'un bon appétit, autant l'embarras gastrique sans durer bien longtemps, traîne en longueur et est suivi d'une sensibilité digestive particulière avec anorexie relative.

Ce sont ces caractères d'évolution qu'il faudra se

faire bien préciser dans le récit des épisodes antérieurs. On pourra ainsi, par une étude minutieuse, fixer le cadre des équivalents abdominaux de la migraine.

Les vomissements cycliques de l'enfance sont d'un diagnostic encore plus délicat avec la forme abdominale de la migraine. Il est d'ailleurs difficile au point de vue sémiologique et pathogénique, d'établir une limite stricte entre ces faits, mais nous y reviendrons.

Cliniquement, de nombreux symptômes rapprochent les vomissements cycliques des équivalents abdominaux de la migraine.

Leurs évolutions, notamment, semblent calquées l'une sur l'autre : accès paroxystiques — à début et arrêt brusques — avec intervalles libres et reproduction périodique plus ou moins régulière.

Les vomissements ont bien souvent les mêmes caractères. Ils sont cependant plus fréquents dans les crises de vomissements cycliques de l'enfance. Dans les deux affections, l'intolérance gastrique est absolue pendant la crise et redevient brusquement parfaite dès la cessation de celle-ci.

Dans les deux affections, la céphalée est fréquente.

Enfin, ce n'est pas l'étude des antécédents personnels et familiaux qui peut faire la discrimination. Tout le monde sait que vomisseurs et migraineux appartiennent à cette grande famille des neuro-arthritiques.

Enfin, bien souvent, vomissements acétonémiques alternent avec des crises migraineuses typiques ou avec leurs équivalents abdominaux.

Le cas de M^{lle} T (Obs. n^o 6) que nous rapportons est à cet égard assez suggestif. Nous hésitons même beaucoup à le classer dans l'un ou dans l'autre cadre, ne s'agirait-il pas dans ce cas de formes intriquées. En effet par l'odeur de l'haleine on tend à rattacher aux vomissements cycliques. Il existe entre ces crises de vomissements des crises de céphalée sans acétonémie, ce qui n'exclurait pas le diagnostic de vomissements cycliques. Mais accompagnant ces crises acétonémiques on note une douleur abdominale para-ombilicale qui disparaît après la crise. Le docteur HALLÉ a pensé avec nous qu'il ne pouvait s'agir d'une douleur appendiculaire, de là à penser que cette douleur abdominale s'accompagnant de céphalée les vomissements, est d'origine migraineuse, il n'y a qu'un pas.

Mais il existe dans le plus grand nombre des cas, à côté des ressemblances des signes caractéristiques qui permettent de séparer nettement les vomissements cycliques de la migraine.

C'est avant tout l'acétonémie se traduisant parfois avant les vomissements par l'odeur de l'haleine et ensuite par l'élimination urinaire.

En dehors de l'acétonémie, l'acidité des urines avec excès d'azote, d'ammoniaque et d'amino-acides font des vomissements cycliques un syndrome nettement individualisé bien que de la même série que la migraine.

Les vomissements sont plus fréquents.

Il n'y a pas de douleur abdominale.

D'autre part l'atteinte de l'état général est plus intense que dans la migraine. Le malade est prostré, la respiration est lente, profonde, parfois irrégulière, le pouls est très accéléré, hypotendu, tous phénomènes exceptionnels dans la migraine.

Il existe donc tant par l'aspect général de l'accès, que par certains signes caractéristiques de profondes différences entre les vomissements cycliques et les équivalents abdominaux de la migraine.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

Pour ce qui est de la pathogénie de ces équivalents abdominaux de la migraine, nous devons, comme pour tout ce qui touche à la pathogénie de la migraine, nous entourer des plus grandes réserves.

Nous pensons cependant, sans nous éloigner des théories actuellement en faveur, que l'on doit considérer l'équivalent abdominal de la migraine comme une sympathalgie basse.

La clinique donne d'ailleurs des arguments sérieux en faveur de cette théorie. Et l'existence même des équivalents abdominaux de la migraine est un des plus beaux arguments en faveur de l'origine sympathique de celle-ci.

En effet, ces faits étant admis, la théorie encéphalique de la migraine soutenue par ROMBERG-CALMEIL et LIVEING n'est plus guère admissible. Pour eux la migraine serait une névralgie du cerveau, liée à l'irritation des centres sensitifs cérébraux ou des voies sensitives encéphaliques. La théorie trigemellaire de la migraine n'est pas plus admissible quand l'on considère le polymorphisme de cette affection et l'étendue des réactions qu'elle provoque. CHAUSSIER, PINEL

et TISSOT ont fait de la migraine une névralgie du trijumeau. Mais les caractères de la douleur et le mode d'évolution sont foncièrement différents. Et d'ailleurs même dans la migraine céphalique la douleur n'est pas toujours sus-orbitaire. Le territoire du trijumeau est d'ailleurs beaucoup plus étendu, c'est pourquoi BRISSAUD, HAASE et GRASSET, considéraient que seuls étaient intéressés dans la migraine les filets récurrents intra-craniens du trijumeau.

Pour LÉOPOLD LÉVY la migraine est aussi une souffrance du trijumeau, mais afin d'en expliquer toutes les manifestations il situe le « nœud » de la migraine dans le plancher du 4^e ventricule dans les cellules du trijumeau préposées à la sensibilité des méninges. Les centres voisins notamment ceux du pneumogastrique seraient atteints par diffusion. Cette théorie par la souffrance du pneumogastrique rejoint la théorie sympathalgique de la migraine.

Mais cette origine centrale de la migraine semble infirmée par la clinique. Celle-ci montre en effet le caractère périphérique de l'excitation initiale survenant sur un terrain prédisposé dont le milieu humoral instable réagit sur le sympathique. Le sympathique irrité agissant sur les vaisseaux provoque un spasme qui provoque les douleurs dans les divers territoires atteints.

Je ne ferai que citer ces faits cliniques déjà invoqués par de nombreux auteurs en faveur de l'origine sympathique de la migraine.

C'est tout d'abord l'existence d'un terrain humoral

particulier dû le plus souvent à l'hérédité. Dans le cadre trop vaste du neuroarthritisme les auteurs ont invoqué spécialement certaines causes. L'hypercholestérinémie est presque constante chez les migraineux. REMOND et ROUZAUD notent l'hyperuricémie et LOEPER l'hyperoxalémie. Cliniquement, l'atonie gastrique et la constipation sont des causes prédisposantes.

CHIRAY et LOMON parlent de migraines biliaires, considérant que l'atonie vésiculaire est une cause les plus importantes.

Enfin les troubles des glandes endocrines semblent jouer un rôle important dans la constitution de ce terrain migraineux.

L'ovaire vient en premier plan à cause de la fréquence des migraines chez la femme et de l'existence de migraines cataméniales. Et nous avons signalé l'importance de la vie génitale sur l'évolution générale de la migraine.

Léopold LÉVY insiste sur le rôle du corps thyroïde chez l'enfant.

La théorie hypophysaire (lobe antérieur ou intermédiaire) de la migraine a été défendue récemment par TINNE, PARDÉE et SÉDILLOT ainsi que COLLIN et DROUET de Nancy. Le rôle des capsules surrénales est plus contestable.

Mais en réalité, toutes ces théories se rejoignent comme autant de facteurs constituant ce milieu humoral instable qui réagit sur le sympathique, c'est le déséquilibre du milieu humoral qui provoque beau-

coup de crises migraineuses. Cette théorie soutenue par PAGNIEZ et PASTEUR-VALLERY-RADOT est basée sur l'analogie de la crise migraineuse avec l'asthme, l'urticaire et l'eczéma. Ces affections se succèdent parfois avec la migraine, chez un même malade, comme des manifestations équivalentes du déséquilibre humoral.

L'origine sympathique de la migraine est aussi affirmée par certaines manifestations cliniques inconstantes. C'est ainsi que l'on distingue des migraines blanches et des migraines rouges. Ces phénomènes s'expliquent par la vaso-constriction périphérique due à la sympathicotomie ou par la vasodilatation due à la sympathicoparalysie. Ces deux formes peuvent alterner chez un même sujet.

Enfin les manifestations abdominales de la migraine, ne peuvent s'expliquer par une origine céphalique et centrale de la migraine.

Les caractères de la douleur plaident d'ailleurs en faveur de l'origine sympathique. Dans la plupart des cas la douleur est localisée avec précision en un point correspondant au plexus solaire.

Pour les irradiations de la douleur, nous n'avons noté aucune systématisation.

En dehors de la douleur abdominale certaines crises de migraines s'accompagnent de pollakiurie et de cystalgie. Certaines migraines s'accompagnent parfois d'érections.

Enfin, presque toujours il y a oligurie pendant la crise qui est suivie de polyurie claire.

Tous ces phénomènes ne sauraient donc être rat-

tachés à une excitation centrale définie, ils tendent à prouver l'origine sympathique de la migraine.

La douleur abdominale, en particulier, qu'elle soit isolée, ou bien qu'elle accompagne la céphalalgie, est un argument marquant pour cette théorie, et on doit la considérer comme une sympathalgie basse.

Pour le traitement de la migraine, il ressort d'abord de notre exposé, la nécessité de faire un diagnostic précis. Il faut pour cela, dans les cas douteux, ne pas hésiter à examiner les malades plusieurs fois de suite à quelques semaines d'intervalle. Il faudra à chaque examen, recommencer l'exploration attentive du système nerveux. C'est ainsi que l'on dépistera précocement les affections neurologiques et surtout les tumeurs cérébrales, permettant ainsi un traitement en temps utile par un spécialiste.

D'autre part, la diversité possible des accès migraineux devra rester présente à l'esprit, surtout devant un malade présentant un syndrome abdominal aigu, atypique et apyrétique. On évitera ainsi des interventions intempestives signalées par les Américains seulement, mais qui peuvent se produire partout ailleurs.

Le diagnostic de migraine idiopathique étant affirmé nous rappelons qu'il est important de faire un bilan fonctionnel minutieux du sujet. Nous ne voulons pas rappeler ici les nombreux traitements étiologiques qui ont été rapportés. Il nous semble cependant que beaucoup ont un bien fondé certain; et qu'en supprimant une épine irritative locale ou à

distance, en palliant par l'opothérapie à une insuffisance glandulaire, on puisse sinon supprimer les accès migraineux, au moins les espacer.

Enfin d'après les résultats obtenus au cours du traitement de nombreux migraineux observés dans le service du professeur DEBRÉ, nous pensons que l'on peut espacer les accès migraineux par l'emploi du phenyl-ethyl-nalonylurée. Ce médicament ne nous paraît pas efficace pour le traitement de l'accès lui-même. Il doit être prescrit quotidiennement à la dose de 0 gr. 10 matin et soir pour les adultes. Chez les enfants la dose peut être réduite jusqu'à 0 gr. 02 matin et soir.

Ce traitement n'exclut pas l'usage des analgésiques ordinaires au moment de la crise. Associé au traitement hygiénique général le traitement par le phenyl-ethyl-melonyl urée nous a permis dans certains cas d'observer la disparition des crises. Mais, le plus souvent, on n'arrive qu'à rendre les accès plus rares.

CONCLUSIONS

Nous avons, dans ce travail, cherché à mettre en valeur, l'importance des manifestations abdominales, la douleur en particulier, au cours des crises migraineuses.

Nous avons étudié l'importance de cette douleur abdominale du point de vue de la symptomatologie, du diagnostic et de la pathogénie de la migraine.

Dans l'étude de la symptomatologie, nous avons relevé la fréquence déjà observée des douleurs abdominales associées aux vomissements et à la céphalée. D'autre part nous avons apporté des observations de cas où la douleur abdominale domine le tableau clinique.

La douleur nous a paru de siège variable et souvent mal défini. Cependant elle est parfois située dans la région appendiculaire et plus souvent au creux épigastrique. En faveur de la nature migraineuse de ces douleurs abdominales, nous rappelons avant tout :

La fréquence des antécédents familiaux migraineux ou neuroarthritiques. L'existence non moins fréquente de migraines typiques dans le passé d'un malade présentant des équivalents abdominaux. Des

cas où la douleur abdominale alterne avec la céphalalgie ont même permis à certains auteurs de décrire une forme vicariante de la migraine.

D'autre part les crises douloureuses abdominales évoluent de la même façon que la migraine : début et arrêt brusques des crises qui sont séparées par des intervalles libres de tout symptôme, et souvent périodiques.

Enfin l'existence de formes transitoires, véritables formes associées où l'hémicranie et la douleur abdominale se trouvent réunies, prouve la parenté des deux syndromes.

Du point de vue du diagnostic, il nous semble que le problème le plus délicat et parfois angoissant se pose avec la crise d'appendicite. Quelques cas d'équivalents abdominaux de la migraine ayant provoqué des interventions injustifiées prouvent la difficulté parfois rencontrée. L'absence de fièvre semble le meilleur critère en faveur de la migraine. Quand la température est normale il faut penser à la possibilité d'un équivalent abdominal de la migraine. L'interrogatoire pourra ainsi aider au diagnostic et la prudence devra permettre à l'évolution de faire la preuve d'une crise migraineuse.

Nous avons aussi évoqué les difficultés que l'on rencontre parfois avec le diagnostic de cholécystite.

Nous avons davantage insisté sur la discrimination à faire entre l'équivalent abdominal de la migraine et l'embarras gastrique simple. Ce problème peu angoissant du point de vue thérapeutique a une grande

importance seméiologique pour la question qui nous intéresse.

Enfin nous nous sommes efforcé de préciser les différences qui existent entre les équivalents abdominaux de la migraine et les vomissements cycliques de l'enfance.

Malgré les parentés morbides qui existent entre ces affections elles nous sont apparues cliniquement bien différenciées.

Du point de vue pathogénique, l'existence des douleurs abdominales migraineuses est en faveur de la doctrine sympathique de la migraine.

Enfin, nous pensons que le phenyl-ethyl-molonylurée prescrit par petites doses fractionnées et journalières permet au moins d'espacer les crises migraineuses.

VU : *le Doyen,*

ROUSSY.

VU : *le Président de la Thèse,*

DÉBRÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- TROUSSEAU. — *Cliniques*. La migraine, t. III, p. 365.
- TROUSSEAU. — *Cliniques*. Les vomissements cycliques.
- VIGGO-CHRISTIANSEN. — Les migraines (*in nouveau traité de médecine* : Roger-Widal, Tessier, fasc. XXI, Paris 1927).
- PASTEUR VALLERY-RADOT. — Rapport sur la pathogénie des migraines (*Revue de Neurologie*, 1925, p. 947).
- VIGGO CHRISTIANSEN. — Les migraines (*Revue neurologique*, 1925 ; rapport au congrès de Neurologie 1925).
- SICARD. — Traitement de la migraine par les injections intraveineuses de carbonate de soude (*Société Médicale des Hôpitaux*, 22 juillet 21).
- SICARD. — Traitement local de la crise de migraine (*Congrès de Neurologie de Bruxelles*, 1925).
- R. DÉBRÉ. — La Migraine de l'enfant, 1925.
- S. WEISMANN. — Des migraines (essai de classification étiologique et pathogénique (*Paris, Thèse*, 1924).
- LIONEL BLITZSTEN et WILLIAM BRAMS (Chicago). — Migraine avec équivalent abdominal in *The journal of the American Med.-Assoc.* N° 10, page 675, 1926
- SICARD. — « La migraine » in *Traité Sargent Neurologie*, t. II, p. 188.
- L. LÉVY. — Traitement opothérapique de la migraine (*Œuvre Medico Therapeutique*, 1925).
- Gaston LYON. — Traitement des Migraines (*Bull. Med.*, 31 oct. 1929, n° 46, p. 1145)
- ROGER H. — Les migraines : diagnostic et traitement (*prat. med. franç.*, Paris 1923, II, p. 147-165).
- H. TZAUCK. — Le Traitement des migraines par le Tartrate

- d'ergotamine (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 6 nov. 1931).
- Robert WALLICH et Pierre NIGAY. — Les traitements de la Migraine d'après les pathogénies actuelles (*Journal de Méd. de Paris*, 22 mars 1928, p. 227).
- CORNIL. — Migraines accompagnées (*Rev. Neurol.*, 1925, p. 957).
- De LAPERSONNE. — La Migraine (*Rev. Neurol.*, 1925, p. 939).
- Johanes H. NIELSEN. — Migraine équivalent (*The American journal of psychiatry*, n° 4, january 1930, p. 637).
- NOE. — L'algie migraineuse (*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1928 p. XVII).
- R. WALLICH. — La migraine et sa conception actuelle (*Rev. pratique de Biologie appliquée*, n° 6, juin 1928, p. 175).
- WIENER. — Migraine and Acetonuria (*Brit. M. S.*, janv. 1^{er}, 1927).
- L. RAMOND. — *Cliniques*, t. X. La Migraine.
- BOUCHER et SOULAS. — La céphalée du méat moyen (*Progrès médical*, 2 fév., 1929).
- R. WEISSMANN-NETTER. — Diagnostic différentiel et étiologique des migraines (*Gazette médicale de France*, 1^{er} janvier 1930, p. 7-12).
- LÉO et SEDILLOT. — Migraines ophtalmiques, cellitis, guérison des migraines par les massages spéciaux de la cellulite (*Bul. et mens. soc. de med. des Hôp. de Paris*, n° 3, 13 fév. 1931).
- ALQUIER. — Cellulite et migraine (*Rev. de neurol.*, 1925, p. 956).
- R. BEUSANDE et J. COTTET. — L'emploi du sous-nitrate de Bismuth dans le traitement des troubles nerveux et circulatoires paradigestifs (*Presse médicale*, 39 ; 673-676, mai 9, 1931).
- M. CHIRAY et F. TRIBOULET et A. LOMON. — Les migraines biliaires et leur traitement (*Gaz. Méd. de France*, n° 11, p. 271-275, 1^{er} juin 1930).
- E. DAUDY. — Traitement of Hemicrania by removal of inferior cervical and first thoracic sympathetic ganglion (*Bull. Johns Hoptius Hosp.*, '48, 357-361, june 1931).
- G. Disbury. — De la Physio-patho. et du Traitement de la migraine (*Progrès Médical*, Paris, 1930, 3 s. XXXV, p. 429-431).
- ALQUIER. — Céphalée par engorgement lymphatique (*Revue neurologique*, Paris 1921, XXVIII, p. 458).

- BARRE. — Sur l'importance de la classification étiologico clinique des céphalées (*Congrès d'oto-Rhino-ophthalmo*, 18-19, mai 1929).
- PEYMER A. — La céphalée migraineuse liée à l'inégalité du rendement musculaire, (Paris, 1923, p. 61).
- FABRE. — *Thèse*, Paris 1904. La Migraine.
- ZIEGLER. — *Med. Clin. North America*, XIII, 1930, p. 1371.
- THOMAS et POST. — Paroxysmal Tachycardy in migraine (*Journal of american-medecine Association*, LXXXIV, p. 569, 1925).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BussiÈRE. — 27-4-1934
